

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON
MAISON DE L'ENFANCE -LA CHAPELLE DES MARAIS-**

ENFANT

Nom : _____

Prénom : _____

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations).

REPLIR CE TABLEAU ET PHOTOCOPIER LE CARNET DE SANTE

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphthérie				Hépatites B	
Tétanos				ROR	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT DE CONTRE-INDICATION.

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION ;

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES :

Asthme oui non

Alimentaires oui non

Médicamenteuses oui non

Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir : (en cas de traitement à administrer merci de prévenir le responsable de l'accueil afin d'établir un PAI)

.....
.....
.....

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant **les dates et les précautions à prendre.**

.....
.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc....précisez.

.....
.....
.....

MÉDECIN TRAITANT

Nom du médecin traitant :

Adresse :

.....
.....

Téléphone : ____/____/____/____/____.

Nous soussignés,
responsables légaux de l'enfant, déclarent exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorisent le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :